

Treino de Competências de Comunicação no Curso de Medicina- avaliação das necessidades

Ana Rita Conceição Cancela Nogueira

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2017

Orientadora: Dra. Margarida Sara Salazar Mendes Moreira

Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Medicina,
submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da
Universidade do Porto

- Artigo de Revisão Bibliográfica

Título: Treino de Competências de Comunicação no Curso de Medicina- avaliação das
necessidades

Autor: Ana Rita Conceição Cancela Nogueira ¹

Orientadora: Dra. Margarida Sara Salazar Mendes Moreira²

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
Centro Hospitalar do Porto, CHP

¹ Aluna do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; número de aluno: 201204363
Endereço eletrónico: a.ritangueira@hotmail.com

² Assistente Graduada de Psiquiatra do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Responsável da
Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde - Centro Hospitalar do Porto, Hospital
de Santo António; Assistente Convidada do ICBAS
Endereço eletrónico: margaridasara@hotmail.com

Resumo

Introdução

Nos últimos anos temos assistido a uma mudança de paradigma na relação médico-doente, que tem ganho maior relevância na prática clínica. As competências de comunicação são essenciais para desenvolver essa relação, devendo fazer parte da formação médica.

Objetivos

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo rever a literatura sobre as competências de comunicação relevantes no contexto clínico e quais as melhores técnicas para as desenvolver, bem como analisar o plano curricular do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e fazer uma proposta de melhoramento.

Desenvolvimento

Uma boa comunicação permite obter melhores resultados em saúde, com melhor controlo sintomático, maior adesão terapêutica e maior satisfação do doente.

As competências necessárias para uma boa comunicação podem ser ensinadas, e a prática contínua permite o seu aperfeiçoamento.

Um currículo bem organizado e planeado, em especial no tocante ao ensino de competências de comunicação, oferece oportunidade para os alunos reverem, aperfeiçoarem e desenvolverem as competências existentes, ao mesmo tempo que adicionam novas e aumentam a sua complexidade. *Role play*, gravações vídeo, e doentes simulados, são exemplos das várias técnicas com eficácia demonstrada no ensino destas competências.

Embora as competências de comunicação já façam parte do programa curricular do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, existem vários aspectos que devem ser melhorados, como promover o ensino longitudinal destas competências, em grupos com número reduzido de alunos.

Conclusão

O ensino de competências de comunicação é essencial na formação médica, e sua implementação deve ser promovida por todas as escolas médicas.

Abstract

Introduction

In recent years we have witnessed a paradigm shift in the doctor-patient relationship, which has gained greater relevance in clinical practice. Communication skills are essential to develop this relationship, and should be part of medical training.

Goals

This review aims to review the literature on relevant communication skills in the clinical context and the best techniques to develop them, as well as analyze the curriculum plan of the Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar and propose improvements.

Development

Good communication allows better results in health, with better symptomatic control, greater therapeutic adherence and greater patient satisfaction.

The skills necessary for good communication can be taught, and continuous practice allows for its improvement.

A well-organized and planned curriculum, especially in relation to the teaching of communication skills, provides an opportunity for students to review, refine and develop existing skills while adding new and increasing complexity. Role play, video recordings, and simulated patients are examples of the various techniques with demonstrated effectiveness in teaching these skills.

Although communication skills are already part of Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar's curriculum, there are several aspects that need to be improved, such as promoting the longitudinal teaching of these skills and in smaller groups of students.

Conclusion

The teaching of communication skills is essential in medical training, and its implementation should be promoted by all medical schools.

Agradecimentos

Gostava de agradecer primeiramente aos meus pais por todo o apoio que me deram ao longo do meu percurso académico.

Seguidamente, agradecer à tia Zu por me ter incentivado a escolher Medicina.

Não menos importante, gostava de agradecer à Professora Margarida Sara Moreira pela proposta do tema e por me ter mostrado o quão é importante nas aulas de Psicologia Médica no 3º ano.

Índice

Glossário.....	5
Introdução	7
Objetivos	7
Metodologia	7
Desenvolvimento	9
Comunicação.....	9
Importância de uma boa comunicação.....	9
A entrevista clínica.....	10
Como avaliar a comunicação médico doente:.....	12
Ensino de Competências de Comunicação	12
Modelo de treino de Competências de Comunicação	14
Estratégias para melhorar o treino de competências de comunicação na prática clínica:	15
O modelo REDE:.....	17
Modelo do Reino Unido	19
Exemplo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto:.....	20
Barreiras ao ensino e aprendizagem da comunicação médica	21
Análise do programa curricular do ICBAS	22
Proposta de alteração curricular:.....	23
Conclusão	25
Bibliografia	26
Anexos	32

Glossário

Abreviaturas e acrónimos

CC – Competências de Comunicação

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

MGF – Medicina Geral e Familiar

RMD- Relação Médico Doente

SMC – Semiologia Médica e Cirúrgica

“The single biggest problem in communications is the illusion that it has taken place”

George Bernard Shaw

Introdução

Nos últimos anos temos assistido a uma mudança de paradigma na relação médico-doente (RMD). Durante vários anos esta relação era centrada no médico, cuja função consistia em fazer um diagnóstico correto, e prescrever de acordo com o problema do doente. A decisão terapêutica não era partilhada, sendo apenas da responsabilidade do médico.¹ Atualmente, de acordo com modelo biopsicossocial, é fundamental avaliar a pessoa doente como um todo, incluindo os aspetos biológicos, psicológicos e sociais, e igualmente como um ser único e individual.² Neste contexto, a RMD tem ganho maior relevância na prática clínica, sendo a comunicação a chave para o desenvolvimento desta relação.^{3,4} Uma boa comunicação traz benefícios quer para o doente, quer para o médico.⁵

Tradicionalmente o ensino de competências de comunicação (CC) constava no currículo médico de forma informal, sem um programa definido sobre quais as competências fundamentais que o médico deveria adquirir, o que deixava uma lacuna na formação médica.³ Atualmente é consensual que as competências essenciais para uma boa comunicação podem ser aperfeiçoadas através de treino sistemático e contínuo,⁶⁻⁹ sendo internacionalmente preconizado como parte essencial da formação médica.¹⁰

Objetivos

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo fazer uma revisão da literatura sobre as CC relevantes no contexto clínico e quais as melhores técnicas para desenvolver estas competências, em especial no âmbito do ensino da medicina.

Por sua vez, outro objetivo desta dissertação é analisar o plano curricular do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) de forma a compreender quais os pontos fortes do ensino da comunicação assim como as necessidades de melhoramento.

Metodologia

Foi utilizada a base de dados *Pubmed* para a pesquisa de artigos de acordo com as seguintes palavras-chave: “*communication*”, “*skills*”, “*training*”, “*medical education*”, “*doctor patient relationship*”. Foram selecionados os artigos publicados desde 2000.

O conteúdo programático do mestrado integrado em medicina no ICBAS foi avaliado através das informações disponibilizadas no site da instituição.

Desenvolvimento

Comunicação

A palavra comunicação deriva do latim *communicare* que significa "tornar comum", "partilhar", "conferenciar".¹¹

A comunicação é um processo complexo composto por uma parte verbal e outra não-verbal, dependente de um contexto.⁴ A componente não-verbal é definida como o comportamento sem componente linguístico.¹² É caracterizada por linguagem corporal, expressões faciais, tom de voz, gestos, postura e aparência. Por sua vez, o timbre, entoação, ritmo e vocalizações não-verbais constituem a linguagem para-verbal.⁴

A facilidade em comunicar depende de vários fatores como a personalidade do médico, e da influência do contexto sócio-familiar e cultural.¹³ Contudo, as apetências inatas de comunicação básica não são suficientes para se estabelecer uma RMD de qualidade.¹⁴ Esta consiste na partilha de perceções e sentimentos relativos ao problema, objetivos terapêuticos e apoio psicossocial.¹⁴ Uma comunicação efetiva é a fundamentação da RMD,¹⁵ que funciona como uma ferramenta terapêutica.¹⁶

Importância de uma boa comunicação

O equilíbrio biológico é dependente do bem-estar psicológico que é influenciado pelos contextos relacionais e culturais. Assim verifica-se uma interdependência dos componentes biológicos, psicológico, social e ambiental na promoção da saúde de cada indivíduo. Uma boa comunicação entre o médico e doente é essencial para compreender estes aspetos e de que forma influenciam o doente.¹³

Além disso a comunicação é essencial para recolher a informação adequada necessária para um diagnóstico correto,¹⁴ o que, por sua vez, permite obter melhores resultados em saúde.^{17,18} Permite também a redução da má prática e dos conflitos na consulta e nos serviços de saúde.^{18,19} Cerca de 80% dos dados necessários ao diagnóstico são recolhidos na história clínica,²⁰ e é possível chegar até 76% de diagnósticos corretos na primeira consulta se as CC do médico forem suficientes.²¹

Uma boa comunicação médico-doente permite melhorar a satisfação do doente.^{18,22,23} Esta está relacionada com a capacidade do médico em lidar com as preocupações dos doentes, em escutá-los e compreendê-los. Informação excessiva ou insuficiente influencia negativamente a satisfação do doente. Isto é importante

porque os doentes satisfeitos melhoram mais depressa, têm melhor adesão terapêutica e menor consumo de consultas.²⁴ No tocante à má prática clínica e aos conflitos, um estudo verificou que os médicos com mais processos legais eram os que apresentavam mais queixas relativas aos cuidados prestados, mesmo dos doentes que não processavam o médico. Os doentes referiam uma sensação de falta de disponibilidade do médico e de atenção aos seus problemas e também pouca informação em relação aos exames prescritos ou realizados.²⁵

Adicionalmente, os doentes que percebem o médico apresentam maior probabilidade de entender os problemas de saúde e as opções de tratamento, alterar comportamentos e cumprir as indicações terapêuticas.²⁶

A falta de adesão dos doentes ao plano de tratamento é um problema importante na prática clínica¹³, associada ao aumento de internamentos, da morbilidade e mortalidade e dos custos com a saúde.²⁷ De facto, sabe-se que a comunicação influencia positivamente a adesão terapêutica, tornando-se importante para o médico desenvolver competências “negociais” ou “transacionais”.^{4,14}

Uma comunicação médico doente com qualidade está associada a mais saúde emocional e física, melhor controlo das doenças crónicas e maior taxa de resolução de sintomas.^{13,26,28} Na verdade, a investigação tem demonstrado que uma comunicação efetiva pode melhorar a saúde de um doente de uma forma quantitativa, tal como um fármaco.²⁶

A criação de uma boa RMD torna possível uma melhor educação e promoção para a saúde.¹⁴

As CC facilitam a obtenção de informação, intervenção terapêutica e constituição de uma RMD. Isto constitui as três funções da entrevista clínica, que integra parte importante do tratamento.²⁹

A entrevista clínica

A capacidade de integrar conhecimento científico, comunicação, exame físico e capacidade de resolução de problemas define a competência clínica.³⁰

Para um boa comunicação é essencial desenvolver determinadas competências como saber observar, ouvir, informar, identificar sentimentos, agir adequadamente e lidar com desafios comunicacionais.³¹

Para além da comunicação verbal, sabe-se que a componente não-verbal desempenha um papel preponderante na transmissão de uma mensagem. Na verdade, sabe-se que é possível influenciar o comportamento social de um indivíduo

pelo comportamento não-verbal, mesmo que inconscientemente.³² Esta parte da comunicação é importante nas primeiras impressões e sabe-se que doentes de médicos com melhores capacidades de observação da comunicação não-verbal apresentam níveis de satisfação mais elevados.³³ A expressividade, ou falta dela, também influencia a satisfação do doente.^{23,32} Verificou-se maior satisfação quando o médico sorri, olha para o doente, apresenta um tom de voz calmo, gesticula mais e uma cara mais expressiva.²³

Outro componente fundamental no processo comunicativo é a capacidade de ouvir. É fundamental que o doente sinta que é ouvido³⁴, sendo isto possível com uma escuta ativa e reflexiva, sem juízos de valor.³⁵

Outro aspeto importante consiste na capacidade do médico em respeitar os silêncios que surgem naturalmente durante a consulta, pois permitem ao doente reorganizar o seu pensamento e colocar dúvidas, e ao médico identificar aspetos que não foram esclarecidos e reformular as hipóteses de diagnóstico.⁴

Tudo isto está relacionado com a capacidade do clínico em conduzir a consulta, que pode ser conduzida positivamente, através de sinais de encorajamento, ou negativamente com interrupções. O ideal é encontrar um equilíbrio entre incentivar o doente a falar e perceber qual o momento de interromper. De salientar que as interrupções devem ser feitas quando o doente se desvia dos objetivos da consulta, sendo a exceção e não a regra. A ideia pré-concebida de que os doentes “falam muito” aliada à impaciência do médico são entraves a uma boa comunicação, pois conduzem a interrupções desnecessárias e à perda de informações relevantes.⁴

Saber o que perguntar mostra-se verdadeiramente importante, uma vez que sem perguntar é impossível conhecer o doente, compreender os seus problemas e conduzir a entrevista.^{4,13} “Perguntar e compreender vão a par-e-passo no processo da comunicação.”⁴

Assegurar que a linguagem usada é compreensível ao doente é outro aspeto que não deve ser descurado para garantir uma boa comunicação. É necessário adequar a linguagem médica para que o doente perceba, tendo em conta o seu nível socioeconómico.³⁶

A empatia melhora a RMD,^{13,15} e pode ser descrita como a capacidade de aceder ao que o outro pensa e sente, tentando interpretar esses pensamentos como seus, sem perder a sua identidade.³⁷ Pode tornar-se mais difícil quando existe uma diferença significativa de idade ou estatuto sociocultural.¹³ A empatia diminui a ansiedade do doente, fortalece a sua capacidade para expor as suas angústias e possibilita melhores resultados clínicos.³⁸

Existem vários modelos de entrevista clínica. Um exemplo comumente usado organiza a entrevista clínica em função da história clínica que deve ser colhida pelos seguintes parâmetros: queixa principal; história da doença atual; história médica passada; história familiar; história pessoal e familiar; história de alergias e medicação; e revisão sistemática.^{30,39} Um outro exemplo é proposto nas *Calgary-Cambridge Guides to the Medical Interview*, que tenta combinar o processo de entrevista clínica já descrito com as CC, valorizando também a perspectiva do doente em relação à sua doença.³⁹ O Modelo E4 do *Bayer Institute for health care Communication* é baseado em 4 princípios: “Engage”, “Empathize”, “Educate”, “Enlist”.⁴⁰ A entrevista centrada no doente desenvolvida por Smith, atualmente na 3ª edição, integra também CC. É organizada por onze passos: 1- preparar o ambiente para consulta; 2- questionar qual a preocupação principal e definir a agenda; 3- iniciar a entrevista, usando perguntas abertas para que doente possa expressar-se; 4- usar perguntas e estratégias mais focais para descobrir qual a história sintomática, o contexto pessoal e emocional; 5- iniciar a fase centrada no doente com um resumo; 6 – descrição cronológica da história da doença atual; 7- história médica passada; 8- história social e ocupacional; 9- história familiar; 10- revisão sistemática; 11- conclusão da entrevista com um diagnóstico e discussão de um plano terapêutico.⁴¹ Outro modelo proposto, *the SEGUE Framework* tem semelhanças com os anteriores, porém foi demonstrado a sua utilidade como auxiliar no ensino e avaliação da comunicação médica.⁴²

Como avaliar a comunicação médico doente:

Avaliar as CC é uma forma ponderosa de demonstrar o seu valor e legitimidade como foco de aprendizagem.⁴³ Para que a avaliação seja relevante e significativa, o foco de avaliação deve ser muito próximo dos objetivos de aprendizagem e do conteúdo do currículo ensinado. Os métodos incluem observações diretas do desempenho em encontros clínicos simulados ou reais. Envolver os supervisores clínicos no desenvolvimento de material de avaliação é uma forma adicional de valorizar e facilitar a integração de CC dentro de uma instituição.³⁰

Ensino de Competências de Comunicação

Como já foi dito inicialmente, é consensual que o ensino de CC pode ser aperfeiçoado através do treino sistemático e contínuo,⁶⁻⁹ sendo, inclusive, recomendado como parte essencial da formação em medicina.¹⁰

De facto, o treino de CC específicas durante o curso de medicina é baseado na evidência de que, independentemente do conhecimento médico, a prática destas competências irá ter um impacto significativo na qualidade da consulta.⁴⁴ Um estudante pode ter capacidade para identificar problemas somáticos, mas falhar na identificação de fatores psicossociais importantes.⁴⁵ Um estudo conduzido na Noruega verificou que quanto mais elevado o nível de CC, melhor foi abordado o conteúdo da consulta, especialmente as preocupações do doente. Também concluiu que uma preparação melhor permitiu mais informação/educação do doente no final da consulta.⁴⁵ Sem treino de CC, verifica-se dificuldades em estruturar a consulta e em comunicar com o doente, uma vez que não foram exploradas as perceções e emoções do mesmo.⁹

Embora algumas CC possam ser adquiridas pelos estudantes ao longo do curso de medicina, nomeadamente o civismo, a manutenção de contacto ocular e a adequação do discurso, sem formação específica, muitas outras competências profissionais importantes não são alcançadas espontaneamente. Além disso, estas competências também não são adquiridas posteriormente com a prática clínica.⁹ Um currículo bem organizado e planeado, em especial no tocante ao ensino de CC oferece oportunidade para os alunos reverem, aperfeiçoarem e desenvolverem as competências existentes, ao mesmo tempo que adicionam novas e aumentam a sua complexidade.⁸ Atualmente, muitas escolas médicas tem programas estruturados de ensino das CC no ensino pré-graduado.⁴⁶ Contudo, muitos cursos de comunicação são dados exclusivamente nos anos pré-clínicos e em separado de outras competências, como recolha de história clínica e raciocínio clínico.⁴⁷ Embora o ambiente clínico, em alternativa à sala de aula, seja considerado o melhor local para adquirir competências clínicas, incluindo comunicação, o ensino e a avaliação em contexto clínico continuam insuficientes.⁴⁸ Muitos estudantes e médicos internos nunca foram observados enquanto entrevistam um doente e raramente recebem uma opinião sobre as suas CC.^{49,50}

Para evoluir de “saber acerca de comunicação” para “saber como comunicar” é preciso uma aprendizagem ativa em pequenos grupos ou 1:1, observação dos estudantes, gravações em áudio ou vídeo e revisão crítica das mesmas, *feedback* bem-intencionado e treino/prática.³⁰

Sem treino, as CC deterioram-se com o passar do tempo.⁵¹ Na verdade, os currículos com programas longitudinais de ensino destas competências permitem obter uma melhoria sustentada nas CC.⁵²

Silverman propõem avaliar qual o grau de maturidade de um currículo no tocante às CC através de uma pirâmide (Figura 1, ver anexos). Desta forma é possível avaliar em que nível se encontra cada instituição e o que necessita de evoluir.³⁰

Modelo de treino de Competências de Comunicação

Peritos na área da comunicação médico doente têm proposto várias abordagens para o aperfeiçoamento das competências necessárias. Embora um modelo universal seja um pouco utópico atendendo às diferenças culturais das diferentes sociedades, alguns pontos são comuns.⁵³

A forma de ensinar comunicação é discutível. Muitos peritos partilham a convicção de que as CC não são inatas e podem ser aprendidas com treino sistemático.⁸ Este pode ser através de *role playing*, interação com doentes simulados, prática sobre supervisão e observação de outros e de si mesmo.⁴³ Outros defendem que dividir a comunicação em competências definidas, ensinar e depois avaliar por especialistas é redutor, uma vez que a comunicação é subjetiva e existem diferentes formas de o fazer, sem nenhuma estar mais correta que outra.⁵⁴ Abordagens como *Mindfulness* e *self-awareness* são abordagens complementares⁵⁵ ao treino de CC, pois permitem ao médico explorar e analisar os seus pensamentos e emoções em relação ao doente e usar essa resposta emocional em benefício do doente.⁵⁶

Mindfulness pode ser descrita como atenção não crítica ao momento presente, incluindo emoções, pensamentos, sensações e estímulos externos.⁵⁷ É uma prática que promove uma atitude de abertura, curiosidade, paciência e aceitação. *Mindfulness* é eficaz em melhorar as CC médico doente, na medida em que melhora a capacidade empática e a escuta atenta por parte do médico.⁵⁸ Esta técnica auxilia os profissionais de saúde a regular as suas emoções enquanto captam as emoções do doente, reduzindo o *stress* e *burnout* e promovendo uma comunicação genuína e mais empática.⁵⁹ Também permite ao médico estar ciente dos seus pensamentos e reconhecer viés e julgamentos que dificultam o processo de comunicação.⁶⁰

As estratégias de treino de competências e comunicação que parecem ser mais eficazes são: *role-playing*, observação seguida de *feedback* e discussão em pequenos grupos.⁶¹ Não se encontra evidências da efetividade de *role modeling*, apresentações orais isoladas ou informação escrita, devendo ser usadas apenas como ferramentas de suporte.⁶¹ Os programas de treino são efetivos se forem centrados na

aprendizagem, orientados para a prática clínica e com uma duração mínima de um dia. É importante praticar as competências adquiridas,⁶¹ pois para uma mudança de comportamento é essencial o treino prático.⁸ O treino de observação do comportamento não-verbal devia fazer parte dos programas de treino de comunicação, quer numa perspetiva de ajuste do comportamento pessoal, quer no treino da observação do comportamento do doente.³²

O *role play* é uma ferramenta simples de aplicar no treino de CC que permite avaliar quer a perspetiva do papel de médico e de doente.⁶² É uma ferramenta que ajuda a desenvolver as competências comunicativas dos profissionais de saúde e dos estudantes de medicina, através da encenação de uma situação hipotética em que os papéis são vividos como no contexto da vida real. Para que seja efetivo deve-se preparar a sessão adequadamente, ter objetivos realistas, definir funções e tarefas para os participantes de acordo com o seu nível de prática, e dar *feedback* estruturado.⁶³

O uso de doentes *standards* caracteriza-se pelo uso de um doente simulado, treinado para simular uma doença ou um doente real, treinado para apresentar sua própria doença de uma forma padronizada. Desta forma, são uma ferramenta com alto nível de realismo.⁶⁴ Tanto pode ser usada de forma formativa ou de avaliação.⁶⁵

Estudos comparam o uso de doentes *standards* e *role play* no treino de CC e verificaram que ambos são ferramentas válidas,^{66,67} contudo na última técnica encontraram uma vantagem superior no desenvolvimento de empatia, talvez por permitir compreender a perspetiva do doente.⁶⁷ Além disso, a técnica de *role play* tem maiores vantagens em termos de custo benefício.⁶⁸

O recurso a gravações de vídeo de interações médico-doente (reais ou simuladas) pode ser usado como facilitador para estimular discussões e dar *feedback*.^{69,70} É importante ter o consentimento informado dos doentes e manter a confidencialidade médico-doente. Os alunos podem ser filmados no seu treino para depois analisarem a sua performance.⁷¹

Estratégias para melhorar o treino de competências de comunicação na prática clínica:

A implementação do treino de CC na prática clínica de forma sustentável e duradoura requer uma mudança na estratégia da instituição ou estrutura de trabalho, a fim de incluir esta prática nos seus objetivos.⁷² Implica também adequação entre o currículo formal, o currículo informal e o currículo oculto. O currículo formal é aquele

formalmente pretendido e declarado pela faculdade, com objetivos de aprendizagem bem estabelecidos. Por sua vez, o currículo informal é aquele fora do guião, ensinado através das relações interpessoais entre estudantes e médicos experientes, através de *role modeling* e supervisão. Finalmente o currículo oculto é influenciado pela cultura, organização, estrutura e métodos de ensino da faculdade, e esta relacionado com a aquisição de valores.^{72,73}

Para uma mudança curricular, o primeiro passo deve ser o reconhecimento formal da necessidade do ensino de CC como um dos objetivos de aprendizagem do estudante de medicina. O segundo passo consiste em incluir o treino da comunicação no treino de outras aptidões clínicas, deixando portanto de ser considerado como uma ferramenta opcional.³⁰ Finalmente, o terceiro passo é assegurar que as competências adquiridas seriam aplicadas na prática clínica e aperfeiçoadas através da prática.³⁰

Estender o ensino de CC a todas as áreas da medicina é uma forma de promover a importância deste conhecimento e transmitir a mensagem que uma boa comunicação é essencial e desejável em todas as áreas médicas.³⁰ Embora implique paciência, flexibilidade e negociação, a implementação desta prática é possível, é apreciada pelos estudantes⁴⁷ e é eficaz em melhorar as CC dos mesmos.⁷⁴

Durante o curso de medicina, quer nos anos pré-clínicos, quer nos anos clínicos, e também depois, existe a necessidade de integrar o treino destas competências na recolha da história clínica, no raciocínio clínico e exame físico.³⁰ Por exemplo, abordar questões de comunicação dentro da gestão de doentes com depressão, diabetes ou doença cardíaca pode ser uma maneira convincente de mostrar que proporcionar cuidados de qualidade não depende apenas dos conhecimentos teóricos. Dar oportunidades para que os estudantes treinem em simultâneo conhecimentos técnicos, como punção venosa ou colocação de cateter urinário, também é outra maneira agradável e bastante inovadora de integrar as CC.^{30,75}

Peritos concordam na importância das faculdades promoverem o ensino de CC uma vez que as atitudes clínicas dos professores, os seus padrões de comunicação e aptidões de ensino influenciam a forma como os estudantes e os médicos mais novos comunicam.^{30,76} Na prática clínica, onde o ensino é mais informal, quer tutores, quer médicos internos referem o *role modeling* como uma forma de promover a aprendizagem e transmitir valores profissionais, atitudes e comportamentos e aprender acerca da RMD.⁷⁷ Uma vez que os estudantes tendem a imitar modelos positivos⁷⁸ é importante fornecer aos tutores CC adequadas. Ser capaz de observar estudantes e médicos mais jovens em ambiente clínico e transmitir *feedback* detalhado e descritivo é a melhor forma de ensinar comunicação na prática clínica.^{8,61} Treinar os tutores quer

nas suas CC quer nas suas aptidões para ensinar melhora a sua capacidade de dar *feedback*.⁷⁹

As necessidades de CC diferem com os contextos, assim no internamento, onde o trabalho clínico se concentra em fazer diagnósticos e gerir as dimensões biomédicas do cuidado, os médicos expressaram a necessidade de aprender a transmitir informações e lidar com suas próprias emoções; em ambulatório, onde os doentes são vistos como mais autónomos e capacitados, foi dada mais atenção ao uso de ferramentas de comunicação que ajudam a gerir o tempo da consulta e aumentar a adesão dos pacientes aos cuidados recomendados.⁸⁰ Portanto, parece razoável ir além do treino uniforme durante os anos pré-clínicos e direcionar as intervenções educacionais em função da prática clínica. Para que as CC sejam efetivamente mantidas na prática médica pós-treino, as questões abordadas devem ser aquelas frequentemente encontradas na prática clínica e com maior exigência emocional.⁸¹

Para que o treino de CC seja eficaz é necessário mais do que um único módulo sobre este tema. O ensino deve ser distribuído por todo o currículo e ajustado às capacidades crescentes dos estudantes.^{30,82}

O modelo REDE:

A *Cleveland Clinic*[®] desenvolveu um modelo conceptual de treino de CC destinado a profissionais de saúde, centrado na RMD (Tabela 1, ver anexos)

Este modelo reúne fases importantes do estabelecimento da RMD com as fases da entrevista clínica.¹⁵ Foi denominado de modelo “R.E.D.E”. Este modelo aplica CC validadas empiricamente nas 3 fases da relação: “establishment, development and engagment”.^{83,84} Este método é informativo e transformativo, na medida em que desafia os utilizadores a explorar as ideias preconcebidas acerca do doente e o seu papel enquanto profissionais de saúde. Adicionalmente aproveita os conhecimentos que os profissionais já têm, ajudando-os a refletir e aperfeiçoar os mesmos. No modelo “R.E.D.E.”, as CC são caracterizadas como ferramentas, para serem usadas quando necessário, incluindo mnemónicas para cada fase da relação, dando melhor suporte durante a comunicação. Pode ser generalizado a vários cenários.

A fase 1 consiste em estabelecer uma relação. É essencial criar uma atmosfera de segurança, favorecendo a confiança e colaboração, mostrando interesse e disponibilidade. Deve-se transmitir valor e respeito nas boas-vindas, uma vez que as pessoas formam impressões rapidamente.⁸⁵ A organização da agenda da consulta deve ser feita em conjunto com doente pois, não só facilita a parceria, como também melhora a eficiência, precisão diagnóstica e a satisfação do doente.⁴² O uso de registo

eletrónico deve ser explicado e introduzido como um meio de melhorar os cuidados e não de os depreciar. A empatia é essencial e sabe-se que sem intervenção, a empatia decresce ao longo do treino médico e com o decorrer do tempo na prática clínica⁸⁶. No modelo REDE, demonstrações de empatia são encorajadas, e a mnemónica SAVE (*Support, Acknowledge, Validate, Emotion naming*) é introduzida para destacar os diferentes tipos de frases empáticas que o médico pode usar.¹⁵

A fase 2 comporta o desenvolvimento da relação. Deve-se procurar conhecer o doente e compreender os seus sintomas num contexto biopsicossocial. Ouvir reflexivamente é essencial, uma vez que promove a natureza terapêutica da relação, aumenta a abertura e partilha de sentimentos e facilita o recordar de informações.³⁴ Além disso, é importante obter informação sobre a doença atual, em especial na perspetiva do doente. A mnemónica VIEW (*Vital activities, Ideas, Expectations, Worries*) facilita a exploração da perspetiva do doente.¹⁵

Finalmente, a fase 3, a fase de *engage*, corresponde à parte de educação e plano de tratamento. Para além de dar informação médica, é essencial assegurar que o doente compreendeu o que foi explicado porque aumenta a colaboração e adesão ao tratamento. Uma forma de assegurar a compreensão do doente é rever a informação partilhada durante a consulta.^{87,88} A mnemónica ARIA (*Assess using open-ended questions; Reflect patient meaning and emotion; Inform; Assess patient understanding and emotional reaction to the information provided*) sumariza a sequência de diálogo nesta fase final. Este diálogo permite manter o paciente envolvido, reforçando o seu papel central na consulta.¹⁵

Com base neste modelo foi desenvolvido o curso “R.E.D.E. to Communicate SM: Foundations of Healthcare Communication”. Tem uma duração de 8 horas, com breve formação didática interativa, demonstrações em vídeo, prática de aptidões em pequenos grupos e métodos de ação.⁸⁹

Este curso foi inicialmente testado como um modelo experimental. As actividades propostas consistiram em apresentações didáticas e interativas, demonstrações de CC ao vivo ou em vídeo, em sessões práticas de grupos menores, e uma parte final baseada nos desafios sentidos pelos participantes na sua prática clínica. A avaliação da sua eficácia foi realizada de acordo com vários parâmetros como a satisfação do doente, a *self-efficacy*, empatia do médico e *burnout*.²² Não se verificou diferenças significativas entre especialidades médicas cirúrgicas e não cirúrgicas, e os participantes mostraram-se satisfeitos com o curso e com a sua aplicabilidade na prática futura. Além disso, os participantes mostraram melhorias ao nível da empatia e do *burnout*, verificando-se aumento da satisfação do doente. Este estudo também concluiu que este treino é benéfico tanto para os médicos que já tinham um valor

elevado de satisfação do doente, quer para os que tinha um valor mais baixo, sugerindo que existe sempre espaço para aperfeiçoamento.²²

Modelo do Reino Unido

No Reino Unido foi desenvolvido e proposto um modelo de alterações curriculares a fim de incluir a aprendizagem de CC importantes durante o curso de medicina. Este modelo pode ser adaptado às diversas escolas médicas. Na verdade, os conceitos apresentados devem ser ajustados às necessidades e aos esquemas de ensino de cada escola médica, podendo auxiliar a colmatar falhas. Consiste num diagrama (Figura 2, ver anexos), onde estão representados os conteúdos do currículo de comunicação clínica. Os domínios fundamentais são apresentados em anéis concêntricos, começando pelo centro com o respeito interpessoal e evoluindo excentricamente para domínios mais específicos. Esses domínios estão inseridos em quatro princípios predominantes que governam não apenas a comunicação, mas todas as áreas da medicina. Assim sendo, este modelo permite a ligação dos domínios-chave, mas também incentiva explicitamente um processo reiterativo. Ao conjugar os conceitos e competências de cada anel é possível criar um plano curricular.⁹⁰

De acordo com este modelo, a base para uma boa comunicação é o respeito. É importante inculcar nos estudantes o respeito pelo doente, independente da sua cultura, etnia ou estatuto social, e também pelos outros profissionais de saúde. O segundo anel corresponde às evidências teóricas que apoiam a importância das CC. Para uma boa comunicação é também essencial conhecer a estrutura de uma entrevista médica, que pode ser ensinada através de tarefas: estabelecer e desenvolver uma relação; abertura da consulta e estabelecimento da agenda; reconhecer e estabelecer as necessidades do doente; recolher informação; estimular e considerar a perspetiva do doente; realizar exame físico; formular e explicar os diagnósticos relevantes; explicar, planear e negociar; estruturar e priorizar; e encerrar (terminar a entrevista clínica e agendar a próxima). Para a realização destas tarefas comunicacionais é importante adquirir capacidades como: atenção ao contacto visual e às expressões faciais; escuta atenta; triagem de informação; balanço adequado de perguntas abertas e fechadas; simplificação; reflexão empática; resposta a pistas verbais e não-verbais; sumarização; confrontar informação e verificar a compreensão do doente. Estas tarefas e competências constituem o terceiro anel, e são de especial importância para a compreensão da RMD. Os estudantes devem reconhecer a importância da RMD, sem descurar a importância dos limites profissionais.⁹⁰

O anel seguinte refere-se a situações específicas, como comunicar com crianças e adolescentes; abordar doentes com diferentes meios socioculturais, lidar com emoções difíceis como a agressividade; comunicar em contextos clínicos específicos como doentes psiquiátricos ou situações de emergência; aplicações específicas de competências de planeamento e esclarecimento, como obtenção de consentimento informado; lidar com a incerteza como explicar um prognóstico; abordar questões sensíveis como sexualidade e comportamentos de risco e lidar com doentes com deficiências comunicativas como deficientes auditivos ou visuais. A aquisição das CC para abordar estas situações proporciona uma plataforma de segurança.

O anel seguinte comporta os meios através dos quais pode ocorrer a comunicação. Pode ser presencial, por telefone, escrita ou eletrónica. Finalmente, o último anel refere-se à comunicação com familiares, cuidadores e colegas, e à necessidade de treinar a capacidade de trabalho em equipa.

Concluindo, as competências descritas anteriormente devem ser incluídas em princípios que regem todas as áreas médicas.⁹¹ Estes são: prática reflexiva, que requer autoconsciência e reconhecimento das barreiras éticas e culturais que vão surgindo na prática profissional; profissionalismo, que inclui integridade, honestidade e rigor; ética e lei, cujos principais princípios incluem confidencialidade, consentimento, beneficência, melhor interesse, autonomia, verdade, não maleficência e justiça; e prática baseada na evidência.

Exemplo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto:

O serviço de Psicologia Médica do Curso de Medicina da Universidade do Porto iniciou o ensino de CC desde 2001, integrado na disciplina de Psicologia Médica, no 2º curricular. As aulas regem-se de acordo com dois objetivos. O primeiro passa por compreender a totalidade do indivíduo na sua situação específica. Para isso é incutido o conceito de interdependência de fatores psicológicos, sociais e culturais subjacentes à doença. Por sua vez o segundo objetivo é considerar a importância do vivido (a pessoa doente, o sofrimento da doença, e o médico que prescreve o tratamento). As aulas enfatizam a necessidade do médico tomar conhecimento das suas atitudes e respostas verbais e não-verbais durante o ato clínico, de as adaptar ao doente e de as melhorar com as suas CC. Por outro lado, o médico deve também tomar consciência, reconhecer e saber lidar com as reações da pessoa doente, incluindo expressões afetivas e emocionais. São realizadas sessões práticas semanais com duração de uma hora e meia, destinadas ao exercício individual da RMD. Numa fase inicial, os alunos aprendem competências relacionais através de *role-playing*, com troca de

papéis com um doente hipotético, personificado por um colega de turma. Cada sessão é concluída com análise e discussão daquilo que foi observado, nomeadamente aspetos inerentes à relação estabelecida, à compreensibilidade do doente, da doença e do médico e à atitude ou resposta deste. Numa segunda fase, cada aluno realiza uma entrevista clínica com um doente de ambulatório. Esta entrevista é apresentada na aula e sujeita a discussão. Pela técnica de *role play* são ainda abordadas situações tipificadas como comunicar más notícias, lidar com emoções fortes, luto, consulta com crianças ou adolescentes e comunicar com a família. Cada tema é iniciado com uma introdução teórica e apresentação de vídeo exemplificativos. Antes de cada sessão é fornecido todo o material usado, incluído uma sistematização dos pontos-chave e uma lista de verificação de competências.³¹

Barreiras ao ensino e aprendizagem da comunicação médica

Existem múltiplas barreiras ao ensino e à aprendizagem das técnicas de comunicação, que podem estar relacionadas com os estudantes, os professores, o método e ambiente de trabalho.⁴³

Apesar dos estudantes entenderem a importância do ensino da comunicação para a prática clínica, alguns estudantes apresentam uma atitude negativa perante o ensino destas competências. Isto pode dever-se ao facto de considerarem a comunicação como uma ciência social subjetiva, não passível de ser ensinada academicamente. Por outro lado, alguns estudantes sugerem que esta atitude negativa resulta destas competências serem ensinadas nos anos pré-clínicos, onde têm pouco contacto com os doentes⁹². Isto foi sugerido por Aspegren, que sugere que o ensino de CC durante os clínicos é mais eficaz.⁴⁶ Outro motivo apontado é a promoção desta atitude por estudantes mais velhos e por médicos e outros profissionais de saúde.⁹² Nos estudos realizados no Reino Unido, as raparigas, cujos pais não são médicos e que pensam que precisam de melhorar estas capacidades apresentam uma atitude mais positiva.⁹³ A forma como estão organizados os currículos pode transmitir aos estudantes que o ensino de comunicação é um extra opcional, não competências centrais da prática clínica.³⁰

No tocante aos professores, o uso de atalhos no ensino da comunicação pode perpetuar-se quando se acredita que não é essencial.⁹⁴ Verifica-se uma tendência de ensinar através de *role modeling*, o que não é suficiente.⁷⁶ A falta de competências para ensinar, especialmente CC é também um entrave. Alguns formadores de

comunicação reconheceram que muitos profissionais de saúde não reconheciam intuitivamente o seu papel na formação de uma RMD e os seus benefícios.^{15,95}

Um desafio encontrado nas escolas médicas com treino formal de CC é a lacuna que os estudantes observam entre o que aprendem e os comportamentos dos médicos na prática diária.⁹⁶ Isto pode ser uma barreira importante em transferir o treino para a prática clínica.⁷¹

Embora os estudantes e os jovens médicos esperem ser ensinados através de observação direta da sua performance seguida de *feedback*, muitos nunca foram observados.^{49,50,97} A comunicação é frequentemente ensinada por diferentes grupos de professores, a maior parte das especialidades tendem a ensinar a recolher a história clínica e exame físico, enquanto as CC tendem a ser ensinadas por medicina geral e psiquiatria.³⁰ Esta divisão passa a mensagem que os especialistas são os que sabem do “núcleo” da medicina e os outros médicos de psicossociologia e outros conteúdos menos científicos.^{30,43}

A falta de tempo é descrita como a maior barreira para o ensino na prática clínica, sendo as necessidades dos doentes a prioridade. O que se sugere que o ensino fica para segundo plano, incluindo o ensino da comunicação.⁹⁸ As instituições também valorizam pouco o ensino das CC.⁹² Por vezes a aquisição de CC é encarda como parte natural da experiência prática em meio hospitalar e não o treino de uma competência específica, ou seja, como parte do currículo oculto.^{36,43}

Análise do programa curricular do ICBAS

De acordo com o programa curricular disponibilizado no *síte* do ICBAS (www.icbas.up.pt) foi possível concluir que o tema “comunicação” é tratado nas seguintes cadeiras: Psicologia II, Semiologia Médica e Cirúrgica (SMC) I e II, Psicologia Médica e Medicina Geral e Familiar (MGF) I. Todas estas cadeiras são lecionadas nos anos pré-clínicos (1º-3º ano), exceto MGF I. Em Psicologia II, 2º ano curricular, é lecionada apenas uma aula teórica que foca os aspetos mais técnicos da comunicação, pouco evidenciando a comunicação médico doente. No 3º ano é dado mais realce a este tema, sendo abordado nas cadeiras de SMG I e II e em Psicologia Médica. Na SMC I e II a comunicação é explicada no contexto da RMD e na entrevista clínica, através de uma aula teórica sobre o tema. Seguido de treino nas aulas práticas da entrevista clínica e técnicas de comunicação. As turmas práticas são constituídas por 8 a 10 alunos, com um tutor, e utilizam simulações ou doentes reais, e destinam-se à aquisição do “método clínico” (colheita de dados, registo clínico, apresentação

oral) e ao desenvolvimento de competências e capacidades de raciocínio clínico. A Psicologia Médica tem como objetivo de aprendizagem a integração do conhecimento, desenvolvimento de uma comunicação eficaz em diferentes situações e contextos clínicos e promoção da adesão ao tratamento médico. São realizadas aulas teóricas em torno da temática RMD as suas especificidades. Cada grupo de alunos (média de 10 alunos) terá ainda 4 aulas práticas sequenciais.

Nos anos clínicos (4^o-6^oano) apenas MGF I apresenta o ensino da comunicação como parte do seu currículo formal. São lecionadas aulas teórico-práticas (1 vez por semana), parte destas destinadas ao ensino de CC e formas de realizar a entrevista clínica, com simulação da entrevista através de *role-play*.

Proposta de alteração curricular:

Pela análise do plano curricular do ICBAS, pode-se concluir que já existe uma preocupação em ensinar CC durante o curso de Medicina. No entanto existem várias melhorais que podem ser implementadas. Para isso é necessário uma mudança na estratégia da instituição, valorizando a aquisição destas competências, reforçando o seu valor para uma melhor prática profissional futura.

Em primeiro lugar, verifica-se que o ensino formal de CC ocorre essencialmente nos anos pré-clínicos. Nos anos clínicos verifica-se que a aquisição de CC está implícita no currículo informal e oculto. É necessário promover as CC como parte do currículo formal, com objetivos de aprendizagem e avaliação bem definidos.⁷² O ensino de comunicação deve ser longitudinal, ou seja, ao longo de todos os anos do curso, em especial durante os anos clínicos.⁵² Uma possibilidade é incluir o treino da comunicação no treino de outras aptidões clínicas, deixando portanto de ser considerado como uma ferramenta opcional.³⁰

A faculdade, ao promover as CC, permite uma mudança de atitude por parte de todos os profissionais, influenciando positivamente os alunos para aquisição destas competências.^{30,76} É importante promover a formação em CC dos professores, pois torna-se melhores exemplos na sua prática clínica e mais aptos a ensinar e avaliar estas competências.⁷⁹ Uma possibilidade seria a realização de um curso prático, semelhante ao proposto pela *Cleveland Clinic*[®], baseados no método “R.E.D.E.”.^{15,22,89}

Para uma maior eficácia das aulas práticas é necessário a redução do número de alunos em cada turma prática, pois o ensino de CC deve ser em pequenos grupos ou 1:1.³⁰ É fundamental promover uma prática ativa destas competências⁶¹, com *feedback* dos tutores³⁰ a fim de ser possível corrigir os erros e evoluir para situações

mais complexas. Deve-se promover o uso de técnicas de ensino de CC como *role play*, uso de gravações em vídeo e o uso de doentes simulados, em vez que apenas *role modeling* e aprendizagem por observação de médicos mais experientes.^{61,66,69,70} As apresentações teóricas, orais ou escritas, deve ser usadas apenas como auxiliares do ensino.⁶¹ O ensino de CC deve ser generalizado a todas as áreas, não se ficando apenas por psicologia e MGF. SMG já integra as CC com várias áreas médicas, no entanto isto só acontece num ano e mais dirigido ao ensino da recolha da história clínica e exame físico.

Uma possibilidade de melhoramento curricular poderá passar pela adoção do modelo proposto no Reino Unido⁹⁰ para programar e planear as aulas práticas de comunicação. Uma boa estratégia seria também seguir o exemplo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e incentivar a criação de uma cadeira nos anos pré-clínicos unicamente dedicada ao ensino das CC e da RMD, com turmas pequenas e uma boa prática, servindo como nota introdutória a estes conceitos, cuja prática seria continuada nas cadeiras dos anos seguintes, mais integradas na prática clínica e com a aquisição de outras competências.

A promoção do ensino de *Mindfulness* é também vantajoso uma vez que não só melhora as CC como auxilia a lidar com o *stress*.⁶⁰

Conclusão

Uma boa comunicação é essencial para cuidados médicos de alta qualidade uma vez que permite intervenções mais efetivas, com melhoria da acuidade diagnóstica, mais eficácia terapêutica e melhor apoio ao doente. Permite aumentar quer a satisfação do doente, quer a satisfação profissional do médico. As CC essenciais para desenvolver uma RMD, podem ser ensinadas e melhoradas com treino adequado.

Em primeiro lugar é fundamental que todos os docentes entendam estas competências como essenciais a uma boa prática clínica, para que as valorizem durante as suas aulas e as incluam formalmente no currículo, transmitam estes valores aos estudantes e possam ser melhores exemplos na sua prática diária. Desta forma é possível mudar o currículo formal, informal e oculto de uma instituição.

Assim sendo é importante definir objetivos claros e compreensivos de quais as competências a ser treinadas e como o fazer; estimular tarefas de aprendizagem de curta duração seguidas de reflexão, *feedback* e correção imediata; criar oportunidades para repetição e aperfeiçoamento gradual; e promover a transferência das competências aprendidas para prática real.⁸² De salientar que é fundamental a observação do estudante e o *feedback* respetivo por parte do tutor, uma vez que muitas vezes isto não acontece.

Apesar da evolução notória na literatura nesta área, no ICBAS ainda há um longo caminho a percorrer até atingir a excelência, que pode ser alcançado com mudanças graduais. Se estas partirem da instituição, é possível uma mudança das mentalidades de todos os profissionais e estudantes que dela fazem parte, facilitando a sua aceitação, consequentemente obtendo melhores resultados.

Bibliografia

1. Markides M. The Importance of Good Communication Between Patient and Health Professionals. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011;33(October):S123-S125. doi:10.1097/MPH.0b013e318230e1e5.
2. Engel G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* (80-). 1977;196(4286).
3. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*. 2003;87(5):1115-1145. doi:10.1016/S0025-7125(03)00066-X.
4. Carrapiço E, Ramos V. A comunicação na consulta - Uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012;28:212-222.
5. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 2001;52(4):609-620. doi:10.1016/S0277-9536(00)00164-7.
6. Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B. Improving communication skills --- A randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med*. 1998;60(60):268-276. doi:10.1097/00006842-199805000-00009.
7. Yedidia M, Gillespie C, Kachur E, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*. 2003.
8. Suzanne Kurtz, Juliet Draper JS. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
9. Aspegren K, Lønberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach*. 2005;27(6):539-543. doi:10.1080/01421590500136501.
10. World Federation for Medical Education: Proceedings of the World Summit on Medical Education. *Med Educ*. 1994;28:1-149.
11. Editora P. Dicionário infopédia da Língua Portuguesa sem Acordo Ortográfico. www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa-aao/comunicação. Accessed May 5, 2017.
12. Foley GN, Gentile JP. *Nonverbal Communication in*. Vol 4622. 5th ed. Fort Worth: Harcourt Brace; 2010. doi:10.1080/17404620601014724.
13. Silva PR Da. A comunicação na prática médica: o seu papel como componente terapêutico. *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24(4):505-512.
14. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43. doi:10.1043/toj-09-0040.1.
15. Windover AK, Boissy A, Rice TW, Gilligan T, Velez VJ, Merlino J. Optimizing relationship as a therapeutic agent. *J Patient Exp*. 2014;1(1):8-13.
16. Beach, Mary Catherine Inui, Inui T. Relationship-centered Care: A Constructive Reframing. *J Gen Intern Med*. 2006;21.
17. Agostinho C, Cabanelas M, Franco D, Jesus J, Martins H. Satisfação do doente: Importância da comunicação. *Rev Port Clin Geral*. 2010;26(1):150-157.
18. Laidlaw TS, Kaufman DM, Macleod H, Sargeant J, Langille DB. Patients' satisfaction with their family physicians' communication skills: a Nova Scotia survey. *Acad Med*. 2001;76(10 Suppl):S77-S79.
19. Virshup BB, Oppenberg a a, Coleman MM. Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication. *Am J Med Qual*. 2005;14(4):153-159. doi:10.1177/106286069901400402.
20. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Bmj*. 1975;2(5969):486-489. doi:10.1136/bmj.2.5969.486.
21. Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker L V. Contributions of

- the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med.* 1992;156(2):163-165. doi:10.1097/00006254-199210000-00013.
22. Boissy A, Windover AK, Bokar D, et al. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2016;31(7):755-761. doi:10.1007/s11606-016-3597-2.
 23. Griffin C, Wilson J, Langer S, Haist S. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2003;18(18):170-174.
 24. Tate P. *Guia Prático Da Comunicação Médico-Doente*. Lisboa: Climepsi; 2004.
 25. Hickson GB. Factors That Prompted Families to File Medical Malpractice Claims Following Perinatal Injuries. *JAMA J Am Med Assoc.* 1992;267(10):1359. doi:10.1001/jama.1992.03480100065032.
 26. Ruchinskas R, Alonzo GED. Patient-Physician Communication : Why and How. *JAOA.* 2005;105(1).
 27. Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox - medication adherence as a priority for health care reform. *Perspective.* <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:New+engla+nd+journal#0>. Published 2010.
 28. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. *BJM.* 2013.
 29. Bartlett E, Grayson M, Barker R, Levine D, Golden A, Libber S. The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall, and adherence. *J Chronic Dis.* 1984;37:775-764.
 30. Silverman J. Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns.* 2009;76(3):361-367. doi:10.1016/j.pec.2009.06.011.
 31. Carvalho IP, Ribeiro Silva R, Pais VG, et al. O ensino da comunicação na relação médico-doente. Uma proposta em prática. *Acta Med Port.* 2010;23(3):527-532.
 32. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns.* 2007;67(3 SPEC. ISS.):315-318. doi:10.1016/j.pec.2007.03.005.
 33. DiMatteo MR, Hays RD, Prince LM. Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychol.* 1986;5(6):581-594. doi:10.1037/0278-6133.5.6.581.
 34. Rautalinko E, Lisper HO, Ekehammar B. Reflective listening in counseling: Effects of training time and evaluator social skills. *Am J Psychother.* 2007;61(2):191-209.
 35. Street R, Krupat E, Bell R, Kravitz R, Haidet P. Beliefs About Control in the Physician-patient Relationship: Effect on Communication in Medical Encounters. *J Gen Intern Med.* 2003;18(8):609-616.
 36. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2006;10(19):93-102. doi:10.1590/S1414-32832006000100007.
 37. Blondis M, Jackson B. *Nonverbal Communication with Patients*. New York: John Wiley & Sons; 1982.
 38. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013;63(606):e76-84. doi:10.3399/bjgp13X660814.
 39. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching. *Acad Med.* 2003;78(8):802-809. doi:10.1097/00001888-200308000-00011.
 40. Keller V, Carroll J. A New Model for Communication : *Patient Educ Couns.*

- 1994;23(March):131-140.
41. Fortin AV, Dwamena F, Frankel R, Smith R. *Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method*. 3rd ed. McGraw-Hill; 2012.
 42. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. 2001;45(1):23-34. doi:10.1016/S0738-3991(01)00136-7.
 43. Junod Perron N, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Wkly*. 2015;145(February):w14064. doi:10.4414/sm.w.2015.14064.
 44. Smith RC, Greenbaum DS, Vancouver JB, et al. Psychosocial factors are associated with health care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1990;98(2):293-301. doi:10.1016/0016-5085(90)90817-K.
 45. Gude T, Vaglum P, Anvik T, et al. Observed communication skills: how do they relate to the consultation content? A nation-wide study of graduate medical students seeing a standardized patient for a first-time consultation in a general practice setting. *BMC Med Educ*. 2007;7(1):43. doi:10.1186/1472-6920-7-43.
 46. Aspegren K. BEME Guide No.2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Med Teach*. 1999;21.
 47. van Weel-Baumgarten, E Bolhuis S, Rosenbaum M, Silverman J. Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? *Patient Educ Couns*. 2013.
 48. Holmboe E, Hawkins R, Huot S. Effects of training in direct observation of medical residents' clinical competence: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2004;140(11):874-881.
 49. Howley L, Wilson W. Direct observation of students during clerkship rotations: a multiyear descriptive study. *Acad Med*. 2004;79(3):276-280.
 50. Hutul O, Carpenter, RO, Tarpley J, Lomis K. Missed opportunities: a descriptive assessment of teaching and attitudes regarding communication skills in a surgical residency. *Curr Surg*. 2006;63(6):401-409.
 51. Helfer RE. An objective comparison of the pediatric interviewing skills of freshman and senior medical students. *Pediatrics*. 1970;45(4):623-627.
 52. Van Dalen J, Kerkhofs E, Van Knippenberg-Van Den Berg BW, Van Den Hout HA, Scherpbier AJJA, Van Der Vleuten CPM. Longitudinal and concentrated communication skills programmes: Two dutch medical schools compared. *Adv Heal Sci Educ*. 2002;7(1):29-40. doi:10.1023/A:1014576900127.
 53. Shukla AK, Yadav VS, Kastury N. Doctor-patient communication: An important but often ignored aspect in clinical medicine. *Journal, Indian Acad Clin Med*. 2010;11(3):208-211.
 54. Salmon P, Young B. The validity of education and guidance for clinical communication in cancer care: Evidence-based practice will depend on practice-based evidence. *Patient Educ Couns*. 2013;90(2):193-199. doi:10.1016/j.pec.2012.04.010.
 55. Zoppi K, Epstein R. Is Communication a Skill? Communication Behaviors and Being in Relation. *Fam Med*. 2002;34(5):319-324. doi:http://www.stfm.org/fm2002/may02/toc.html.
 56. Epstein R. Mindful practice. *JAMA J Am Med Assoc*. 1999.
 57. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*. 1982;4(1):33-47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3.
 58. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado L, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review. *J Clin Med*. 2017;6(3):33. doi:10.3390/jcm6030033.

59. Lamothe M, Rondeau M, Malboeuf-Hurtubise C, Duval M, Sultan S. Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complement Ther Med*. 2016;24:19-28. doi:10.1016/j.ctim.2015.11.001.
60. Burgess DJ, Beach MC, Saha S. Mindfulness practice: A promising approach to reducing the effects of clinician implicit bias on patients. *Patient Educ Couns*. 2016. doi:S0738-3991(16)30415-3 [pii].
61. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):152-162. doi:10.1016/j.pec.2010.06.010.
62. Yardley-Matwiejczuk K. *Role Play: Theory and Practice*. London: Sage; 1997. London: Sage; 1997.
63. Nestel D, Tierney T, Hargie O, et al. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ*. 2007;7(1):3. doi:10.1186/1472-6920-7-3.
64. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med*. 1993;68(6):443. doi:10.1097/00001888-199306000-00002.
65. Cleland J a, Abe K, Rethans J-J. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Med Teach*. 2009;31(6):477-486. doi:10.1080/01421590903002821.
66. Bosse HM, Nickel M, Huwendiek S, Jünger J, Schultz JH, Nikendei C. Peer role-play and standardised patients in communication training : a comparative study on the student perspective on acceptability , realism , and perceived effect. *BMC Med Educ*. 2010.
67. Martin H, Schultz J, Nickel M, et al. Patient Education and Counseling The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training : A randomized controlled trial. 2012;87:300-306. doi:10.1016/j.pec.2011.10.007.
68. Bosse HM, Nickel M, Huwendiek S, Schultz JH, Nikendei C. Cost-effectiveness of peer role play and standardized patients in undergraduate communication training. *BMC Med Educ*. 2015. doi:10.1186/s12909-015-0468-1.
69. Hurtubise L, Martin B, Gilliland A, Mahan J. To play or not to play: Leveraging video in medical education. *J Gr Med Educ*. 2013;5:13-18.
70. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, van Driel M. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns*. 2005;58:265-270.
71. Modi JN, Anshu, Chhatwal J, Gupta P, Singh T. Teaching and assessing communication skills in medical undergraduate training. *Indian Pediatr*. 2016;53(6):497-504. doi:10.1007/s13312-016-0879-z.
72. Visser A, Wysmans M. Improving patient education by an in-service communication training for health care providers at a cancer ward: communication climate, patient satisfaction and the need of lasting implementation. *Patient Educ Couns*. 2010;78:402-408.
73. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998;73(4):403-407. doi:10.1097/00001888-199804000-00013.
74. Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, et al. Teaching Communication in Clinical Clerkships: Models from the Macy Initiative in Health Communications. *Acad Med*. 2004;79(6):511-520. doi:10.1097/00001888-200406000-00005.
75. Kneebone R, Nestel D, Taylor P. Can "performing" a procedure help students explain it to their patients? *Med Educ*. 2003;37(5):481-482. doi:10.1046/j.1365-2923.2003.01502_10.x.
76. Egnew TR, Wilson HJ. Role modeling the doctor-patient relationship in the

- clinical curriculum. *Fam Med*. 2011;43(2):99-105. internal-pdf://1.51.227.229/Egnew-2011-Role modeling the doctor-patient re.pdf.
77. Egnew T, Wilson H. Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns*. 2009;79(2):199-206.
 78. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BJM*. 2002;325(7366):707-710.
 79. Junod Perron N, Nendaz M, Louis-Simonet M, et al. Effectiveness of a training program in supervisors' ability to provide feedback on residents' communication skills. *Adv Heal Sci Educ*. 2013;18(5):901-915. doi:10.1007/s10459-012-9429-1.
 80. Junod Perron N, Sommer J, Hudelson P, et al. Junod Perron N, Sommer J, Hudelson P, Demaurex F, Luthy C, Louis-Simonet M, et al. Residents' perceived needs in communication skills across in- and outpatient clinical settings. *Education for Health*. 2009;22(1):280. *Educ Heal*. 2009;22.
 81. Sanson-Fisher R, Cockburn J. Effective teaching of communication skills for medical practice: selecting an appropriate clinical context. *Med Educ*. 1997;31:52-57.
 82. Wouda JC, van de Wiel HBM. The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Educ Couns*. 2012;86(1):57-62. doi:10.1016/j.pec.2011.03.011.
 83. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):295-301. doi:10.1016/j.pec.2008.11.015.
 84. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. 1998;47(3):213-220. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0031669003&partnerID=tZOTx3y1>.
 85. Bar M, Neta M, Linz H. Very first impression. *Emotion*. 2006;6(2):269-278. doi:10.1037/1528-3542.6.2.269.
 86. Mohammadreza Vergare MJH, Maxwell K, Brainard G, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-1191. doi:10.1097/ACM.0b013e3181b17e55.
 87. Mast MS. Dominance and gender in the physician-patient interaction. *J Men's Heal Gend*. 2004;1(4):354-358. doi:10.1016/j.jmhg.2004.10.013.
 88. D. S, J. P, K. G, et al. Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 2003;163(1):83-90. doi:10.1001/archinte.163.1.83.
 89. Cleveland Clinic. Center for Excellence in Healthcare Communication. <http://healthcarecommunication.info/>. Published 2016. Accessed March 3, 2017.
 90. Fragstein M Von, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H. communication curricula UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. 2008:1100-1107. doi:10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x.
 91. Royal College of Physicians of London. *Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World: Report of a Working Party*.; 2005.
 92. Rees CE, Sheard CE, McPherson a C. A qualitative study to explore undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning. *Med Teach*. 2002;24(3):289-293. doi:10.1080/01421590220134123.
 93. Rees C, Sheard C. The relationship between medical students' attitudes towards communication skills learning and their demographic and education-related characteristics. *Med Educ*. 2002;36(11):1017-1027. doi:10.1046/j.1365-2923.2002.01333.x.
 94. Cote L, Leclerc H. How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. *Acad Med*. 2000;75(11):1117-1124.
 95. Windish DM, Price EG, Clever SL, Magaziner JL, Thomas PA. Teaching Medical

- Students the Important Connection between Communication and Clinical Reasoning. 2005;6721:1108-1113. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0244.x.
96. Essers G, Van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S. Mixed messages in learning communication skills? Students comparing role model behaviour in clerkships with formal training. *Med Teach*. 2012;34(10):e659-e665. doi:10.3109/0142159X.2012.687483.
97. Bösner S, Roth LM, Duncan GF, Donner-Banzhoff N. Verification and feedback for medical students: an observational study during general practice rotations. *Postgrad Med J*. 2017;93(1095):3-7. doi:10.1136/postgradmedj-2015-133420.
98. Morrison E, Shapiro J, Harthill M. Resident doctors' understanding of their roles as clinical teachers. *Med Educ*. 2005;39:137-144.

Anexos

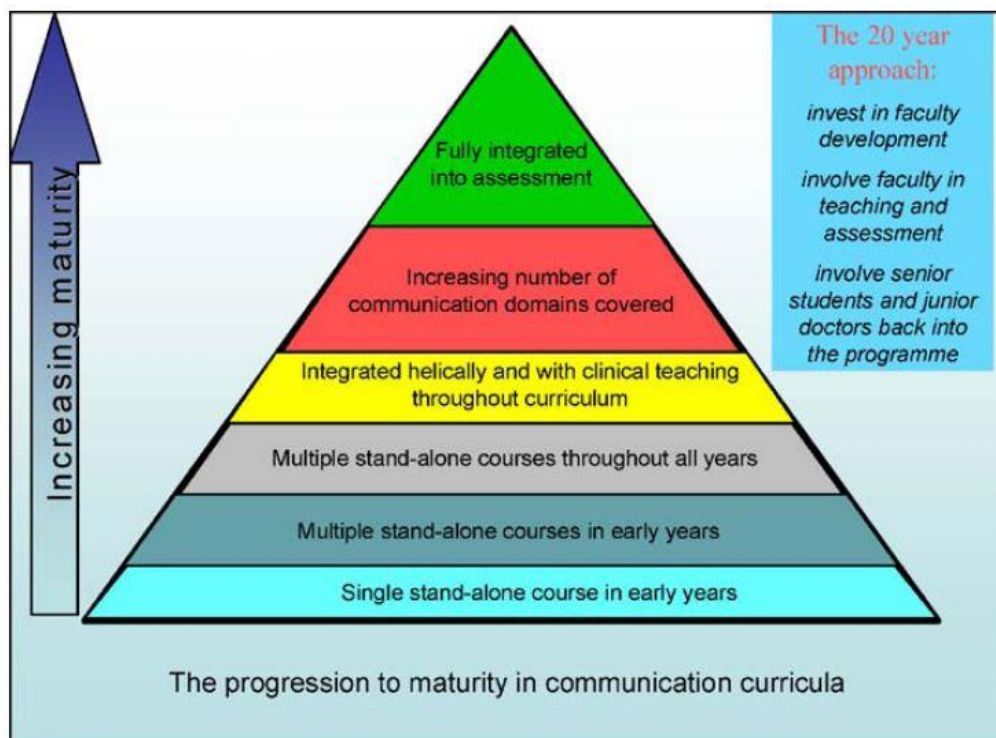


Figura 1 – Pirâmide de maturidade de um currículo de comunicação³⁰

Relationship:															
Establishment				Development								Engagement			
Open	Build rapport	Elicit concerns	Negotiate & set agenda	C C	H P I	PMH/ PSH	Meds & allergies	F H	S H	R O S	Physical Exam	CC Manage- ment	D X	Education	Shared Decision Making
Empathy															

Tabela 1 - Modelo R.E.D.E. ajustado às fases da entrevista clínica¹⁵

CC = chief complaint; HPI = history of present illness; PMH/PSH; past medical history/past social history; Meds = medications; FH = family history; SH = social history; ROS = review of systems; Dx = diagnosis. © 2013 The Cleveland Clinic Foundation.

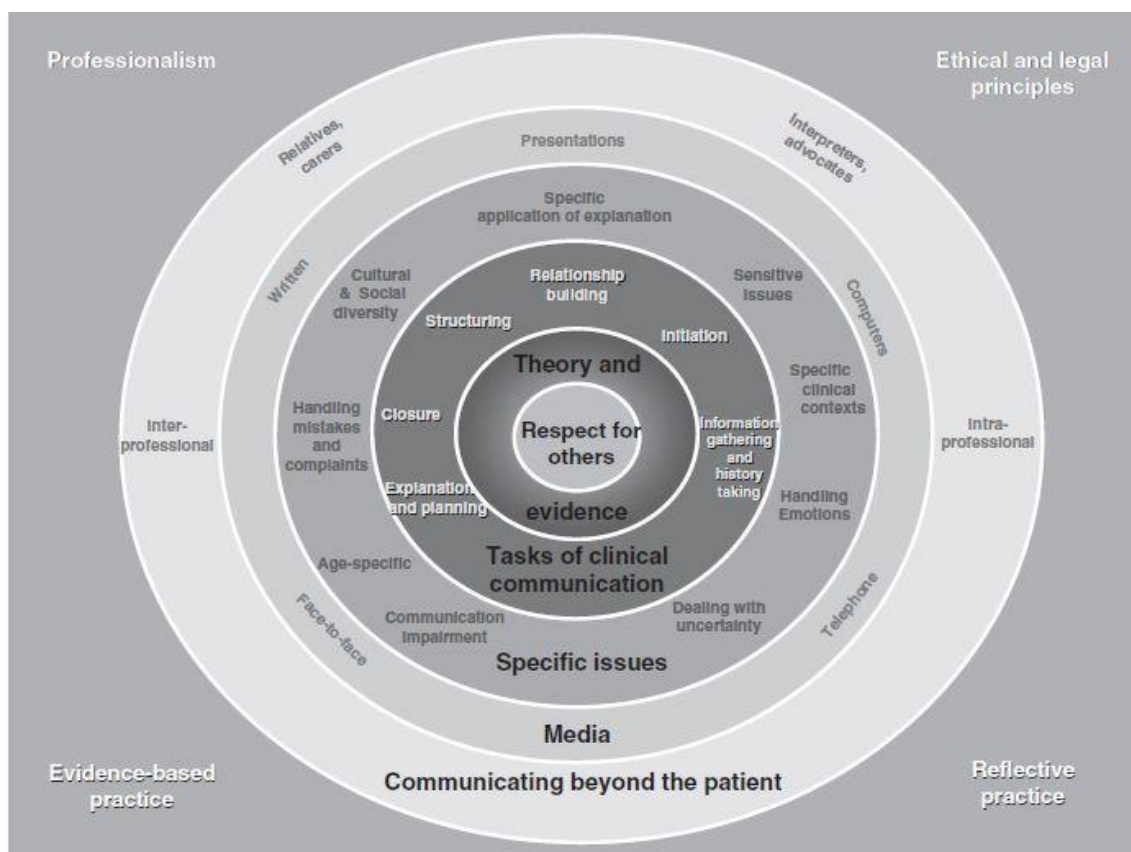


Figura 2 – Diagrama do currículo de comunicação⁹⁰